

Sécurité des soins et débat présidentiel américain

Jean-Michel CHABOT

Faculté de médecine - Marseille

Nos étudiants en médecine y sont relativement peu préparés, mais la sécurité des soins et du patient (*safety patient*) est en train de devenir un sujet central de l'organisation des systèmes de santé.

Sur ce sujet considéré comme une priorité de première importance dans la plupart des pays développés – la suite va le montrer –, l'analyse du programme des épreuves classantes nationales (ECN) confirme la modestie de l'investissement pédagogique actuel : on identifie ainsi 4 ou 5 items parmi les 345 du programme qui permettent d'aborder cette question, parmi lesquels les items sur les infections nosocomiales, les iatrogénies, les risques liés aux irradiations et, au sein du module 1, intitulé « Apprentissage de l'exercice médical », les questions générales sur la relation médecin-malade et la responsabilité médicale. Certes, la formation des étudiants tout au long de la dizaine d'années d'études initiales ne se résume pas au seul programme des ECN, mais le constat est symboliquement fort.

La politique de sécurité a donc été voilà peu l'objet d'une publication dans le *New England Journal of Medicine* (NEJM) [v. encadré].¹ Cela ne constitue pas un événement en soi, puisque les publications sur cette thématique dans la presse médicale scientifique internationale sont maintenant fréquentes (une interrogation de Pubmed renvoie, en février 2008, à 40 703 références indexées).

C'est le nom des auteurs de l'article qui peut retenir l'attention : il s'agit de deux sénateurs américains, désormais bien connus, Hillary R. Clinton et Barack Obama. Ces deux sénateurs démocrates sont particulièrement engagés, depuis longtemps (l'épouse du président Clinton avait été au début des années 1990 la principale initiatrice de la réforme avortée du système de soins américain) sur la question centrale aux États-Unis de la réforme du système de santé. Un des aspects clés de cette réforme concerne la sécurisation du patient. On peut rappeler à l'origine de cette orientation le rapport « *To err is human* » qui avait été publié en novembre 1999 par l'Institute of Medicine. Ce rapport (dont une version courte en 8 pages au format PDF peut être téléchargée sur le site www.iom.edu) stigmatisait les 50 000 à 100 000 (!) décès survenant chaque année dans les hôpitaux américains et qui pouvaient être imputés à des « erreurs » survenues lors de la prise en charge. En conséquence, des actions correctrices avaient été engagées ; ces actions étaient fondées sur l'une ou l'autre des 6 dimensions suivantes, dont l'ensemble recouvrait la qualité des soins : la sécurité, l'efficacité, l'efficience des soins, leur juste adaptation, leur équité et, bien entendu, la place centrale accordée au patient dans le dispositif.

Dans l'article du *NEJM*, les deux signataires identifient 4 objectifs pour une réforme qui viserait tout à la fois à améliorer la sécurité du patient et les conditions de mise en jeu de la responsabilité médicale.

Ces 4 objectifs sont les suivants : réduire la fréquence de survenue des incidents et des accidents médicaux ; développer une politique de communication décomplexée entre les médecins et les patients ; assurer aux patients l'accessibilité à une juste compensation des accidents médicaux où la responsabilité médicale est avérée ; contrôler la hausse des primes d'assurance en responsabilité pour les professionnels de santé.

Plus avant dans l'article, Hillary R. Clinton et Barack Obama développent leur argumentation :

« Les procédures actuelles de mise en cause de la responsabilité médicale n'encouragent pas à une communication "libérée" entre médecins et malades au bénéfice de la sécurité des patients. Tout au contraire, les menaces ressenties, liées aux craintes de judiciarisation mettent en péril la sécurité du patient.

De nombreuses études ont montré de façon convergente que les professionnels de santé sont – de manière compréhensible – réservés pour analyser et discuter les éventuelles erreurs qu'ils pourraient commettre ; les incertitudes du cadre légal et la crainte ressentie d'une menace en sont la cause. Ces réserves, à leur tour, entravent les initiatives et les programmes qui pourraient être mis en œuvre pour prévenir les erreurs médicales. »

Pour conclure, les deux sénateurs démocrates – qui ont d'ailleurs déposé conjointement à l'été 2006 un projet de loi visant par les moyens rappelés ci-dessus à accroître la sécurité des patients, projet intitulé « *The MEDiC Bill* », non voté à ce jour – reprennent à leur compte la politique mise en œuvre par la Veterans Administration dans son hôpital de Lexington, Kentucky, depuis le début des années 1990. Cette politique, exprimée par une forte volonté de signaler et d'analyser les erreurs médicales et par des pratiques systématiques proposant rapidement des compensations financières aux victimes d'accidents, a permis de réduire

Le *New England* et la Maison Blanche

Régulièrement, le *New England Journal of Medicine* traduit dans ses colonnes l'intérêt porté outre-Atlantique à l'élection présidentielle américaine.

Voici 8 ans, en 2000, les deux candidats d'alors avaient répondu aux questions soumises par le journal.² Ces questions concernaient les exclus du système Medicare, les droits des patients et la qualité des soins. Les commentateurs avaient souligné la similitude des réponses.

Quatre années plus tard, en 2004, ce sont des chercheurs de la Harvard School of Public Health et de la Kaiser Foundation qui ont analysé la place que les citoyens américains accordent à la santé dans le débat politique.

Pour mémoire, Harvard et Kaiser sont les établissements leaders parmi les structures universitaires publiques pour le premier, et parmi les structures privées de *managed care* pour le second.^{3,4}

Les questions de santé – système de soins et médicaments réunis – apparaissent au 4^e rang des sujets déterminants pour le vote de novembre 2004. On retrouvait aux 3 premiers rangs, et dans cet ordre, l'économie et l'emploi, la guerre en Irak, et la lutte contre le terrorisme. Le système éducatif et la sécurité publique sont les 5^e et 6^e sujets dans la hiérarchie.

Avant même le terme du mandat du président américain en exercice (prévu à l'automne 2008), les questions de santé sont en train de reprendre une importance accrue aux États-Unis.⁵ Il est vrai que les problèmes posés le sont à la fois sous l'angle classique sanitaire et médical, mais de plus en plus du point de vue social et économique.

très sensiblement la durée d'instruction et le coût des accidents médicaux. Rien n'est dit cependant sur l'amélioration objective de la sécurité des malades. ■

1. Clinton HR, Obama B. Making patient safety the centerpiece of medical liability reform. *N Engl J Med* 2006;354:2205-7.
2. Chabot JM. Débat présidentiel. *Rev Prat* 2002;52:301-2.
3. Crosson FJ. Improving the doctor-manager relationship. Kaiser Permanente: a propensity for partnership. *BMJ* 2003;326:654.
4. Blendon RJ, Altman DE, Benson MA. Health Care in the 2004 Presidential election. *N Engl J Med* 2004;351:1314-22.
5. Davis K. Uninsured in America: problems and possible solutions. *BMJ* 2007;334:346-8.